

青霉素,氨苄西林,万古霉素,三、四代头孢菌素,喹诺酮类抗生素均敏感,对大环内酯类抗生素(红霉素等)、四环素、克林霉素均耐药,这与国内报道的人感染猪链球菌 2 型病例相一致^[7-9]。表明本地区的猪链球菌 2 型分离株与国内其他地区分离株一致的药物敏感特性。

本院 2 例病例分别为人感染猪链球菌病的脑膜炎型和败血症型,起病隐匿,入院前有中高度发热,入院后出现高热、头痛、头昏、全身不适、甚至昏迷等症状,伴外周血 WBC 升高,NEU 升高。从流行病学角度,有国外学者认为人感染猪链球菌病是专职屠夫的职业病^[10]。本 2 例患者均非专业养猪人员,仅为患者 1 从事餐饮业,故考虑不能将可疑病例仅局限在一定职业范围内。传染途径上,国内外文献报道均为经破损皮肤传染导致,本例患者虽否认外伤史,但不能肯定排除,考虑患者发病前存在隐匿伤口感染可能。

诊断方面,患者 1 神经症状明显,果断行腰椎穿刺抽取脑脊液送检培养;患者 2 入院前神经系统症状不明显,入院 2 d 后出现高热及头痛,结合当时情况果断抽取静脉血送检培养,为后续的治疗争取了时间,该点非常重要,也是本例患者好转的关键。治疗处理上在培养未回报前均予以头孢三代抗生素治疗,待检标本送检后培养出猪链球菌 2 型存在,迅速确立了人感染猪链球菌病诊断,也是本例诊治过程的关键点。

结合培养结果迅速予以隔离处理,并通知疾病预防控制中心确定诊断,立即调整为头孢他啶、左氧氟沙星联合给药,同时加强对症及支持治疗。在有效病原学治疗的同时,积极针对感染性休克、DIC 等危重情况做出预防处理措施,通过综合的治疗处理使患者病情快速好转。整个诊治过程做到了及时发现、及时诊断、及时治疗,对改善患者预后起到重要作用。因此,医务人员应加强猪链球菌病防控、诊断、治疗知识的培训,对临床

上的发热、脑膜炎感染症状患者提高警惕,及时进行病原学检测,为及时诊断和治疗猪链球菌病提供依据。

参考文献

[1] 冯萍. 猪链球菌病[J]. 寄生虫病与感染性疾病,2006,1(4):34-36.

[2] 吴德,罗会明,郑慧贞. 人-猪链球菌病流行病学研究进展[J]. 中华流行病学杂志,2007,28(4):402-404.

[3] 祝小平,唐雪峰,罗再平. 人感染猪链球菌病最新进展[J]. 预防医学情报杂志,2008,24(1):38-40.

[4] 冯萃,谭明珍,陈志海,等. 猪链球菌 2 型感染的临床特征和治疗效果分析[J]. 四川大学学报,2007,38(5):874.

[5] 苏菲菲,吴建华,赵晓云,等. 人猪链球菌感染一例[J]. 中华临床感染病杂志,2010,3(3):187-188.

[6] 高毅,韩军,周汗青. 一例人感染猪链球菌病病例(脑膜炎型)报告[J]. 实用预防医学,2012,19(6):867.

[7] 王华雨,董德平,谢群,等. 人猪链球菌病 42 例[J]. 中华传染病杂志,2007,25(12):750-752.

[8] 唐佳,严琼,焦春堂. 人猪链球菌 2 型检测结果分析[J]. 重庆医学,2009,38(21):2772-2773.

[9] 张勇昌,赖伟忠,陈月新,等. 猪链球菌致甲状腺感染一例[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(2):185-186.

[10] Leelarasamee A, Nilakul C, Tien-Grim S, et al. Streptococcus suis toxic-shock syndrome and meningitis[J]. J Med Assoc Thai, 1997, 80(1):63-68.

(收稿日期:2013-08-29 修回日期:2013-11-02)

新生儿吸入性肺炎引起 M6b 类白血病反应 1 例

陈蒸伟(江西省上饶市第五人民医院检验科 334000)

【关键词】 新生儿; 吸入性肺炎; 类白血病反应
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)07-1007-02

随着现代医疗环境、医疗条件和医疗技术的提高,人们对母婴健康的意识增强了,母婴健康得到很好保护。由于种种原因,婴儿的健康仍可面临严重威胁。本文将 1 例新生儿吸入性肺炎引起外周血幼红细胞异常增高的病例报道如下。

1 病例资料

患儿,女,30 min,新生儿期,孕 36 周顺产,出生时体质量 2 400 g, Apgar 评分:1 分钟 8 分,羊水Ⅱ度污染。体温 37℃,脉搏 134 次/分钟,呼吸 42 次/分钟,身长 43 cm,头围 29 cm,胸围 27 cm,发育、营养差,精神、反应差。呼吸尚平稳,刺激后哭声弱;全身皮肤黏膜无黄染、皮疹及出血点,浅表淋巴结无肿大;胎脂丰富,皮温发凉,皮下脂肪薄,指、趾甲软,未达指、趾末端,足跟光滑,足底纹理占足底的 1/3。乳头及乳晕色素淡,乳晕结节触不清;头发细而软,前囟平软,约 1.8 cm×1.6 cm,耳廓软,耳周尚清;双侧眼睑无水肿,结膜无充血,巩膜无黄染,对光反射存在,双侧鼻腔通气畅,鼻翼无煽动;咽部无充血,口吐泡沫痰,颈软,双肺呼吸音粗糙,可闻及少量中粗湿性啰音,心音有力,律齐,腹稍膨隆,触之软,脐带包扎,未闻及肠鸣音;大阴唇未覆盖小阴唇;双下肢无水肿,四肢肌张力正常,吸吮、觅

食、握持、拥抱反射未引出。白细胞 $58.07 \times 10^9/L$ (含有核红细胞,实际白细胞 $17.1 \times 10^9/L$),血细胞分析(KX-21)已校准且质控在控。手工显微镜分类:中性杆状核 7%、中性分叶核 15%、嗜酸性粒细胞 1%,淋巴细胞 4%,单核细胞 1%,中幼红细胞 2%、晚幼红细胞 70%(图 1)。红细胞 $6.23 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 185 g/L,血小板 $119 \times 10^9/L$ 。涂片成熟中性粒细胞胞浆颗粒粗大、空泡变性明显, NAP 积分 217 分。超敏 C 反应蛋白 82 mg/L。成熟红细胞体积较大,可见少许畸形红细胞,易见多色性红细胞。血生化检查,总胆红素 314.24 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 8.29 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素 305.95 $\mu\text{mol/L}$ 。其他指标未见明显异常。根据患儿的临床表现考虑吸入性肺炎引起类白血病反应。经头孢类、亚胺培南等药物治疗,3 d 后复查血常规:白细胞 $10.5 \times 10^9/L$,中性杆状核 1%,中性分叶核 82%,晚幼红细胞 6%,单核细胞 4%,淋巴细胞 7%。7 d 后复查血常规:白细胞 $8.5 \times 10^9/L$,未见幼红细胞,患儿生命体征平稳。

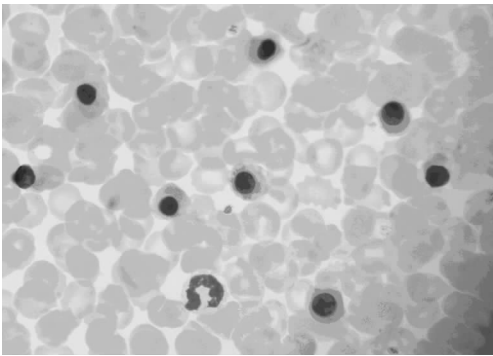


图 1 外周血幼稚红细胞(瑞士染色×100)

2 讨 论

类白血病反应是指机体对某些刺激因素(感染、中毒、药物、恶性肿瘤、骨髓坏死、大出血后、大面积烧伤等)所产生的类似白血病表现的血象反应。临床表现为外周血有幼稚细胞,血象类似白血病,而非真正白血病。常见类白血病类型有:中性粒细胞型、淋巴细胞型、单核细胞型、嗜酸粒细胞型、幼红细胞型、幼粒幼红细胞型^[1]。其诊断条件:(1)白细胞显著增多(计数大于 $50\times 10^9/L$),或有一定数量幼稚细胞;(2)有明确的病因;(3)有良好的预后;(4)NAP 积分增高^[2]。M6b 型:外周血白细胞及有核红细胞总数大于 $50\times 10^9/L$,并有幼稚细胞,骨髓未见红白血病中的幼红细胞巨幼样变、核扭曲、分叶、多核等畸形细胞。一般情况,正常新生儿外周血偶见幼稚红细胞,出现概率在 7%左右,其原因是早产儿、新生儿骨髓管控外周血屏障未完全成熟^[3]。本例吸入性肺炎(原发病因)早产新生儿,外周血有核细胞高达 $58.07\times 10^9/L(>50\times 10^9/L)$,幼红细胞占 70%(图 1),幼红细胞绝对值 $40.6\times 10^9/L$ 。且红细胞、血红蛋白、血小板正常。NAP 积分增高,超敏 C 反应蛋白:82 mg/L,其增高常见于急性炎症、组织损伤、心肌梗死等。本例患儿未做骨髓涂片分析,临床上通过抗感染药物(头孢类)进行治疗性试验^[4],患儿症状、体征明显改善,且 7 d 后复查血常规,未见幼稚红细胞。上述资料表明:本病例应诊断为 M6b 类白血病反

应,黄疸原因除新生儿生理性黄疸外,还应考虑感染因素引起。本例吸入性肺炎早产新生儿是因羊水(粪)Ⅱ度污染(感染原因),使红细胞破坏增多,同时又抑制肝酶活力,使肝细胞结合胆红素能力下降,胆红素生成过多导致^[5]。从上述可知,本例新生儿吸入性肺炎引起类白血病反应是由于羊水(粪)Ⅱ度污染造成的,从优生优育角度考虑,孕期、产前、产中、产后全环节都应做好相应的工作。孕期:注意营养,应摄取较多的蛋白质和矿物质、维生素,多食粗粮、蔬菜;禁烟酒,慎用或忌用对胎儿发育及母体有害的药物,定期检查。产前:通过整个产前检查,了解健康状况,特别是孕 8 个月起,注意胎位、血压、有无浮肿、蛋白尿等。产中:应防滞产、出血、感染、窒息(新生儿可能窒息或发生窒息时及时清理呼吸道)、产伤,加强产时监护(胎心、胎动、胎儿有无窘迫等)。产后:产妇应注意休息、营养,新生儿有无体表畸形、发热、新生儿黄疸等,并采取相应措施。

总之,重视孕期检查,尤其在临近分娩时,如发现胎儿有宫内缺氧的情况,须及时采取措施,对新生儿来说,主要是室内空气要新鲜、保暖,减少与发热、咳嗽的患者接触,均有利于减少新生儿呼吸道感染,多吃母乳,能有效防止呼吸道感染。

参考文献

[1] 谭齐贤. 临床血液学和血液检验[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2003:249-251.
[2] 卢兴国. 骨髓细胞学和病理学[M]. 北京:科学出版社,2008:990.
[3] 刘万彬. 新生儿外周血有核红细胞异常增多 1 例[J]. 检验医学与临床,2009,6(15):1312.
[4] 侯振江. 血液学检验[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2010:118.
[5] 李齐岳,杜军保,冯学斌. 儿科学[M]. 3 版. 北京:北京大学医学出版社,2008:62.

(收稿日期:2013-08-01 修回日期:2013-10-12)

血清胱抑素 C 在肾脏疾病中的应用价值

付 梅(江苏省连云港市第二人民医院检验科 222000)

【关键词】 血清胱抑素 C; 肾脏疾病; 应用价值
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 07. 075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)07-1008-01

肾小球滤过率(GFR)作为重要的肾功能评价指标,是评判肾功能损害情况的重要依据,但因其需通过检测血肌酐(Scr)、肌酐清除率(Ccr)等指标来综合评估,导致操作相对繁琐,检测时间相对较长,不能做到早期确诊及早期治疗。近年来,有研究报道,相较于 Scr、Ccr 等指标,血清胱抑素 C(Cys C)在检测 GFR 方面是更敏感而可靠的指标,有助于对肾功能损害的早期评估^[1-2]。本文回顾分析本院 2009~2012 年收治的部分肾脏疾病患者的临床资料,将患者血清中的 Cys C 测定值与 Scr、尿素氮(BUN)的测定值相比较,探讨了血清胱抑素 C 的测定在肾脏疾病中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共选择 150 例肾脏疾病患者,均有不同程度的肾功能损害,其中男 83 例,女 67 例;年龄 14~68 岁,平

均 39.5 岁;参照文献[3],将所有患者按照肾功能损害程度的不同分为 4 组,见表 1。另外选取 40 例健康者作为对照组,所有患者均为来本院例行健康检查,其中男 22 例,女 18 例;年龄 18~60 岁,平均 38.5 岁;均无肾脏疾病史,无高血压、糖尿病等慢性病史。参与比较的各组成员在年龄、性别等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 按肾功能损害程度不同的分组情况

组别	n	Ccr(mL/min)
肾功能正常组	37	≥75
肾功能下降组	38	50~75(含 50)
肾功能不全组	39	30~50(含 30)
肾衰竭组	36	<30